



## WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 10 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

## 유년기 말기(10세)

아동 학부모 의견 작성 장	아동의 이름		생년월일	
	알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약품	
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등			
	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 매일 아침식사를 합니다.		예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 잠에서 깨면 충분한 휴식을 취한 것 같아 보입니다.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 학교 생활을 잘합니다.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 스트레스, 분노, 욕구를 만을 잘 처리합니다.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이에게 한 두 명의 친한 금우가 있습니다.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 신체적인 활동을 매일 합니다.	
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	
	<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____	
			Sleep _____	
Screening:	N	A	<input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Cholesterol	
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Review Immunization Record	
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vision	R 20/_____	L 20/_____	Health Education: (Check all completed)	
Hearing	MHZ 4000 2000 1000 500	R L	<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Adequate Sleep <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Seat Belt <input type="checkbox"/> Helmets <input type="checkbox"/> Regular Physical Activity <input type="checkbox"/> Puberty <input type="checkbox"/> Passive Smoke/Smoking <input type="checkbox"/> Parenting Issues <input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> School Issues	
Physical:	N	A	Assessment: _____	
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> Gait	
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Describe abnormal findings: _____ _____				
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 12 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS		

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (10 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening.

### **Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen**

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests.

### **Total Cholesterol/Lipoprotein Screens**

- Screen children with a parent or grandparent with premature (before age 55) cardiovascular disease.
- Recommend lipoprotein screen for children with a total cholesterol equal to or greater than 170 on two tests with a parent whose cholesterol is greater than or equal to 249 mg/dl.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



**건강진단 - 유년기 말기(10세)**  
**WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 10 YEARS**  
**(EPSDT 지침 준수)**

날짜

**유년기 말기(10세)**

합계 아이가 보내	아동의 이름		생년월일	
	알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약품	
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등			
	예 아니오	예 아니오		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 매일 아침식사를 합니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 잠에서 깨면 충분한 휴식을 취한 것 같아 보입니다.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 학교생활을 잘합니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 스트레스, 분노, 욕구불만을 잘 처리합니다.		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이에게 한 두명의 친한 금우가 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아이는 신체적인 활동을 매일합니다.			
체중 KG./OZ. 넥분을	신장 CM/IN. 넥분을	혈압	식사	
<input type="checkbox"/> 신체검사 <input type="checkbox"/> 가족병력 검토		수면		
검사항목:	N	A	<input type="checkbox"/> 치과의뢰 <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> 콜레스테롤	
발달 사항	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예방접종 기록 검토	
행동 사항	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	보건교육: (해당 사항 모두에 체크)	
사회정서적 사항	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 영양 <input type="checkbox"/> 치과진료 <input type="checkbox"/> 안전 <input type="checkbox"/> 충분한 수면	
시력 검사	R 20/	L 20/	<input type="checkbox"/> 발육(발달)상태 <input type="checkbox"/> 안전벨트 <input type="checkbox"/> 헬멧	
청력 검사	MHZ	R	<input type="checkbox"/> 규칙적인 운동 <input type="checkbox"/> 사춘기	
	4000		<input type="checkbox"/> 간접흡연/흡연 <input type="checkbox"/> 양육문제	
	2000		<input type="checkbox"/> 탁아소 <input type="checkbox"/> 고육(학습)문제	
	1000		평가:	
	500		<hr/> <hr/> <hr/>	
신체:	N	A	<hr/> <hr/> <hr/>	
외모	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
피부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
머리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
눈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
귀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
코	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
구강 인두/치아	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
목	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
관절	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
정신 건강	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>	
이상 건강에 대한 의견:				
<hr/> <hr/> <hr/>				
예방접종				
의뢰				
다음 방문: 12세		진찰자 성명		
진찰자 성명		진찰자(진료원) 주소		

# 10세 아동의 건강

## 성장 과도기

### 10세에서 12세 사이 아이의 발육 범위들

송곳니 및 쌍두치 등, 부속 영구치가 납니다.

10살에서 12살 사이의 대부분의 아동은 신체적으로 성인으로 발육하기 시작합니다. 여자 아이들은 가슴이 있기 시작하며 생리 시작합니다. 남자 아이들은 얼굴과 체모가 생깁니다.

이러한 일이 발생하기 전에 자녀와 대화를 나누십시오. 남자 아이들은 수염, 변성기, 몽정 등에 대해 알아야 합니다. 여자 아이들은 생리 기간이 언제인지를 알 필요가 있습니다.

**아이들이 새로운 것들을 배울 때**  
**대화와 놀이를 통해 도움을 줄 수**  
**있습니다. 낯선 사람이 차를 티워**  
**주겠다고 할 때 "아니오"라고 손짓**  
**또는 말로 표현하는 방법을 게임을**  
**통해 연습시킵니다.**

## 도움이나 상세한 정보를 원할 때

양육 계획, 가족 계획 기관, 보건소 및 커뮤니티 칼리지에서 소년소녀들의 성장기에 대한 강좌 ("Mom and Me" 혹은 "Dad and Me")를 들을 수 있습니다. 1-800-375-266으로 전화할 수 있습니다.

## 총기 안전 정보:

Safe Storage Hotline,  
1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

**카 시트 안전 정보:** Safety Restraint Coalition, 1-800-BUCK-L-UP (음성) 혹은 1-800-833-6388 (TTY 자막)

## 건강정보

최소 한 2년마다 신체검사를 받아야 합니다.

6개월마다 치과에 가도록 합니다. 불소 치약으로 치아을 올바르게 닦도록 하고 치실(또는 치아간 치실)을 사용하도록 합니다.

매일 20-30분간 운동을 하도록 합니다. 같이 산보를 하거나 롤러 블레이드를 탑니다. 이렇게 운동 습관을 들이는 것은 중요합니다.

## 양육정보

자녀와 같이 매주 식단준비를 하고 조리하십시오. 자녀가 건강한 식사를 하도록 습관을 들일 수 있는 좋은 시기입니다.

자녀와 접촉하고 안아주고 뽀뽀해 주는 행위는 자녀로 하여금 사랑을 받고 있다고 느끼게 합니다. 자녀가 친구와 같이 있을 때 이러한 것을 원하지 않는다면 할지라도 그렇게 하는 것은 중요합니다.

자녀에게 화가 날 때 할 수 있는 일과 해서는 안되는 일을 가르쳐 주십시오. 가족 간의 불화를 평화롭게 처리하는 법을 배우면 나중에 친구 간의 불화도 평화롭게 해결할 수 있습니다.

## 안전정보

집 안 내에 안전을 실천하십시오.

- 화재경보기를 점검하고 필요하다면 배터리를 교환합니다.
- 소방훈련과 대피로 및 연기 아래로 기는 연습을 합니다.
- 모든 총기는 실탄을 모두 제거하고 잠금 장치가 된 곳에 보관합니다.
- 차를 탈 때는 언제든지 안전벨트를 매도록 합니다.
- 자전거, 스케이팅 혹은 스쿠터 사용 시 헬멧과 패드를 올바르게 사용하도록 합니다. 성인들도 반드시 헬멧과 패드를 사용하도록 하십시오!

자녀에게 총기 안전을 가르치십시오. 총을 갖고 노는 일이 결코 없어야 합니다. 집에 총이 있다면 실탄을 모두 제거하고 잠금 장치가 된 곳에 보관합니다.